



Direction générale de la santé
Office du Médecin cantonal

Bâtiment administratif de la
Pontaise
Avenue des Casernes 2
1014 Lausanne

+41 21 316 18 00
autorisation.exploiter@vd.ch
vd.ch/ae

Commerce d'optique

**Demande de renouvellement de
l'autorisation d'exploiter
Art. 135 à 137 – Loi sur la santé
publique**

Coordonnées du commerce d'optique

Nom du commerce

Nom de la raison
sociale

Rue, N°

NPA et lieu

N° de téléphone

E-mail

Type de commerce

- Type **A** (avec équipement pour les examens de la vue et l'adaptation des lentilles de contact)
 Type **B** (sans équipement pour les examens de la vue et l'adaptation des lentilles de contact)

Jours d'ouverture hebdomadaire

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lundi | <input type="checkbox"/> mardi | <input type="checkbox"/> mercredi |
| <input type="checkbox"/> jeudi | <input type="checkbox"/> vendredi | <input type="checkbox"/> samedi |

Date de
renouvellement de
l'autorisation

Nombre totale
d'heures d'ouverture
hebdomadaire

Données des opticien·ne·s responsables ¹

Opticien·ne responsable (1)

Prénom(s)

Nom(s)

Rue, N°

NPA et lieu

Date de naissance

Code GLN²

Taux d'activité

Nombre d'heures de
travail hebdomadaire

¹ Si l'opticien responsable n'est pas encore titulaire d'une autorisation de pratiquer dans le canton de Vaud, nous vous prions de nous transmettre également un dossier complet le concernant. Voir vd.ch/ap

² Le code GLN se trouve sur le registre fédéral GesReg/NAREG. L'inscription préalable au registre est obligatoire pour tou·te·s les professionnel·le·s de la santé non universitaires.

Opticien·ne responsable (2) (le cas échéant)

Prénom(s)	<input type="text"/>	Nom(s)	<input type="text"/>
Rue, N°	<input type="text"/>		
NPA et lieu	<input type="text"/>		
Date de naissance	<input type="text"/>	Code GLN	<input type="text"/>
Taux d'activité	<input type="text"/>	Nombre d'heures de travail hebdomadaire	<input type="text"/>

Documents à fournir

Merci de bien vouloir dûment remplir ce formulaire et nous le retourner, accompagné d'une **liste du personnel** contenant les noms, prénoms, fonctions et taux d'activités de vos employé·e·s ainsi qu'une **copie de leur diplôme et/ou reconnaissance** de celui-ci.

Lieu et date : _____

Signature du/de la professionnel·le (1)

Signature du/de la professionnel·le (2)
